

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

71
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice DESPRAT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYXOSARCOMES DE L'INTESTIN

Président : M. LECÈNE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE CACINE, 15

1923

15

71

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

17

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice DESPRAT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYXOSARCOMES DE L'INTESTIN

Président : M. LECÈNE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE CASSINI, 15

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophthalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGEANT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEU	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOLLET	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESLABEST	LARDENOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON TUTEUR

le docteur A. BLATIN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

Député du Puy-de-Dôme

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR P. LECÈNE
Professeur de Pathologie chirurgicale

*Qui a bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

INTRODUCTION

Nous étions dans le service de M. le professeur agrégé Desmarest, lorsque notre maître nous relata un cas de tumeur de la cavité péritonéale, excessivement rare qu'il venait d'observer. Il s'agissait d'un myxosarcome du côlon transverse.

La rareté d'une telle tumeur, véritable curiosité pathologique, la difficulté très grande d'en établir le diagnostic, son évolution insidieuse, son extrême gravité, nous incitèrent à entreprendre ce modeste travail.

Nous remercions bien vivement notre maître M. Desmarest qui a bien voulu nous inspirer cette étude et nous aider de ses conseils.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYXOSARCOMES DE L'INTESTIN

DÉFINITION. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant toute chose il nous semble nécessaire de définir aussi complètement que possible ce que l'on entend par myxosarcome.

Le myxosarcome est l'accolement ou mieux l'enchevêtrement, la fusion de deux tumeurs, l'une bénigne le myxome, l'autre maligne le sarcome.

Le myxome est une tumeur constituée uniquement par du tissu muqueux, « variété de tissu conjonctif remarquable par l'abondance et la consistance pâteuse de la matière amorphe interposée entre les éléments figurés, représentés surtout par des cellules conjonctives étoilées à prolongements multiples anastomosés entre eux » (Lecène).

Les myxomes purs sont d'une extrême rareté chez l'homme si même ils existent, et offrent nous disent Duplay et Reclus, dans leur *Traité de Chirurgie*, des caractères d'indolence, de limitation et de mobilité

qui leur sont communes avec les tumeurs bénignes. La plupart du temps leur consistance est molle, presque fluctuante, capable de les faire confondre avec un lipome ou une collection liquide, mais ailleurs leur dureté peut faire croire à une tumeur fibreuse ou sarcomateuse, et comme nous allons le voir, les tumeurs que nous analyserons présenteront une consistance très différente, tantôt assez ferme, tantôt très dure, et ce doit être précisément les caractères de la partie myxomateuse de la tumeur qui influenceront la consistance générale de la tumeur myxosarcomateuse.

Le myxosarcome est généralement formé en majorité par du sarcome de type fusé ou globocellulaire auquel se surajoute du tissu muqueux.

Le myxome ou plutôt la partie myxomateuse de la tumeur ne peut se développer qu'au dépens d'un tissu muqueux préalablement existant comme le fait judicieusement observer M. le professeur Lecène. Or, comme ce tissu n'existe plus chez l'adulte qu'au niveau du corps vitré ou est conduit à admettre que le myxosarcome reconnaît comme origine une inclusion embryonnaire de tissu muqueux au point où s'est développé la tumeur, d'où la définition donnée par le professeur Lecène :

« Le myxosarcome est une tumeur conjonctive, un sarcome contenant des débris aberrants de tissu muqueux embryonnaire ». Il est juste de mentionner l'opinion de certains auteurs qui croient que les portions myxomateuses représentent des points où

le tissu sarcomateux est à un stade embryonnaire.

A la coupe la tumeur est grisâtre ou jaunâtre ; la surface de section est transparente par endroits, opaque en d'autres ; la viscosité du tissu néoplasique est souvent très prononcée. La vascularisation des myxosarcomes est ordinairement abondante ; parfois même elle est exagérée et l'on a décrit des tumeurs télangiectasiques.

Voilà l'opinion de Malherbe Henri et Malherbe Albert dans leurs *Recherches sur le sarcome* (Paris, 1904).

Ajoutons qu'à ce moment ces auteurs avaient en vue les myxosarcomes les plus fréquemment observés, ceux que l'on rencontre dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les aponévroses et les cloisons intermusculaires des membres.

Ils écrivaient encore que le diagnostic anatomique du myxosarcome ne présente aucune difficulté. Il consiste à rechercher dans les tumeurs où l'élément sarcome domine les parties myxomateuses et dans celle où l'élément myxome domine les parties sarcomateuses.

Les points myxomateux sont reconnus macroscopiquement à leur aspect tremblotant et gélatineux.

A l'examen microscopique, on voit dans les points myxomateux les grandes cellules étoilées à prolongements multiples caractéristiques ; entre les cellules se trouve répandue une substance homogène transparente à l'état frais, coagulée en granulations par les réactifs fixateurs, parfois fibrillaires.

Avec certains colorants comme le bleu de Unna cette substance intermédiaire donne une teinte violette métachromatique.

A côté de ces zones myxomateuses on observe des parties entières de la tumeur qui présentent l'aspect du sarcome à grandes cellules rondes ou à cellules fusiformes.

Fioraventi ajoute et son opinion nous semble devoir être retenue, que c'est par l'abondance des cellules myxomateuses avec leurs caractères morphologiques plus typiques que l'on peut établir le diagnostic de myxosarcome plutôt que celui de sarcome myxomateux ou mieux de dégénérescence myxomateuse du sarcome.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les notions que nous possédons sur l'étiologie et la pathogénie des myxosarcomes en général et des myxosarcomes de l'intestin en particulier, sont on peut dire absolument inexistantes.

Il semble d'après les quelques observations rapportées que le maximum de fréquence soit à l'âge moyen de la vie. Mais gardons-nous d'essayer de tirer des déductions trop hasardeuses.

Ce que nous pouvons dire c'est qu'à l'heure actuelle, aucun cas de myxosarcome intestinal n'a encore été rapporté soit chez le nouveau-né, soit chez l'enfant, soit chez le vieillard.

Le sarcome de l'intestin grêle a été rencontré chez le nouveau-né.

Le professeur Lecène cite une observation où il s'agit d'un enfant qui vint au monde porteur d'une tumeur assez développée et qui donna lieu à des phénomènes d'occlusion pendant les quelques jours où l'enfant vécut.

La tumeur avait commencé son développement dans la vie intra-utérine.

D'autre part des tumeurs malignes congénitales du rein ont été signalées.

Rien ne s'oppose donc en principe à ce qu'une semblable constatation soit faite en matière de myxosarcome.

Le myxosarcome devant être considéré comme le proche parent du sarcome, il semble plus plausible d'en admettre l'origine embryonnaire, de préférence à la théorie parasitaire qui n'est étayée sur aucune base sérieuse.

Rien en tous cas jusqu'ici ne nous explique pourquoi la cellule néoplasique se libère, pourquoi elle devient indépendante, monstrueuse, prolifère indéfiniment et détruit l'organisme (Lecène).

L'opinion est généralement admise en matière de tumeur conjonctive que l'inflammation chronique, un traumatisme peuvent coïncider avec la localisation d'une tumeur, mais n'en expliquent nullement la formation.

Les excoriations, les ulcérations du tube digestif favorisent peut-être le processus néoplasique et ce qui est admis pour l'estomac ne pourrait-il l'être pour l'intestin.

HISTORIQUE

Les tumeurs conjonctives de l'intestin sont très rares, beaucoup plus rares que les tumeurs épithéliales.

Parmi les premières doivent être rangées les myxosarcomes qui sont d'une extrême rareté.

D'après les recherches que nous avons entreprises, la bibliographie n'en mentionne que 5 cas.

Nous allons brièvement exposer les différents cas connus jusqu'alors et nous les analyserons ensuite en une étude d'ensemble et essayerons d'en dégager une ligne de conduite médicale à l'égard de telles tumeurs.

Des différents et si peu nombreux cas de myxosarcomes observés jusqu'à ce jour, le premier en date fut signalé par Mac-Burney, et c'est d'ailleurs le seul cas rapporté par M. le professeur Lecène dans sa thèse inaugurale (Paris, 1904).

Il s'agissait d'une femme d'une quarantaine d'années qui n'avait présenté pour tout symptôme abdominal qu'un peu de gêne, surtout au niveau du quadrant inférieur gauche, sans le moindre signe de sténose intestinale. Le toucher vaginal révéla la présence d'une tumeur dans la moitié gauche du bassin.

La malade présentait un peu d'élévation thermique. Le diagnostic posé fut celui de kyste suppuré de l'ovaire.

Au cours de l'intervention on trouva au contraire une tumeur intestinale, au niveau du grêle, tumeur pédiculée ayant déterminé une invagination. On fit la résection de la partie intestinale invaginée avec la tumeur. La malade sortit peu après de l'hôpital soi-disant guérie et ne fut jamais revue.

L'examen histologique de la néoplasie indiquait qu'il s'agissait d'une myxosarcome.

Le deuxième cas a été signalé par Kauthac et Furnivall en 1896.

Un jeune homme de 17 ans présenta des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë. Il fut pratiqué d'urgence, un anus lombaire.

Après l'opération et assez rapidement il se manifesta de l'ascite qui nécessite plusieurs paracentèses. Au bout de quelques mois le malade mourut et à l'autopsie on trouva une tumeur de cæcum et du côlon ascendant.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un myxosarcome.

Dans le péritoine on trouva de nombreuses métastases d'aspect gélatineux.

Le foie et les poumons furent reconnus indemnes.

Le troisième cas nous fut rapporté par Giordano en 1899.

Un homme de 50 ans accuse depuis quatre mois des douleurs abdominales accompagnées de constipation, de vomissements et d'une grave atteinte à l'état général.

La présence d'une tumeur fit pratiquer de la laparotomie et on tomba en présence d'une tumeur du cæcum, du volume du poing.

La tumeur était sténosante et réduisait la cavité intestinale à un trajet virtuel et sinueux.

L'examen histologique posa le diagnostic de myxosarcome.

Le quatrième cas est une observation magistrale rapportée en 1908 par L. Floraventi.

Une femme de 40 ans environ avait présenté depuis six mois, de la gêne dans le bas-ventre et de la cachexie progressive. Au moment de l'examen l'abdomen est tuméfié et l'on trouve dans son quadrant inférieur gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus, irrégulière, bosselée, mobile avec l'utérus auquel elle semble adhérer.

On pose le diagnostic de fibrome utérin à développement sous-péritonéal.

A l'ouverture du ventre on trouve une grosse tumeur adhérente à l'utérus, à la trompe et à l'épiploon.

La tumeur fait corps avec la partie moyenne du côlon descendant sur une hauteur de 10 centimètres, occupant les trois quarts de sa circonférence et n'en rétrécissant nullement la lumière cœlique.

On extirpe la presque totalité du côlon descendant.

On obtient un excellent résultat immédiat. Mais rapidement il se produit une généralisation néoplasique au péritoine et la malade meurt au bout de six mois.

Encore une fois, l'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'un myxosarcome.

Le cinquième cas de tumeur myxosarcomateuse, relaté dans la bibliographie est un cas douteux.

Il s'agissait d'une tumeur pédiculée de l'intestin, opérée par le professeur Hartmann.

La malade avait présenté des troubles très nets d'occlusion intestinale. Depuis plusieurs mois et c'est en pleine crise d'obstruction, avec crises douloureuses très accentuées, et vomissements fécaloïdes que l'on décide l'intervention avec le diagnostic d'occlusion par obstacle sur la terminaison du grêle.

L'ouverture montre une invagination déterminée par une tumeur pédiculée du volume d'une poire.

La malade succombe au bout de quarante-huit heures.

L'examen de la pièce révéla qu'il s'agissait d'un myxosarcome et une communication dans ce sens fut faite en 1917 à la Société de Chirurgie. Néanmoins il nous semble qu'il faille accepter ce diagnostic sous toute réserve car dans la communication présentée nous trouvons des faits contradictoires. Il est dit d'abord que le tissu néoplasique dense offre la structure du fibromyxome, ensuite qu'il n'existe pas de zone sarcomateuse pure et qu'il s'agit d'une néoplasie à édification très lente ce qui nous semble être en flagrante contradiction avec l'habituelle évolution des tumeurs conjonctives malignes.

Le sixième et dernier cas de myxosarcome, celui de notre observation personnelle diffère au point de vue anatomique très nettement des précédents.

Il s'agit d'une femme de quarante ans environ, qui présenta en août 1921 de l'inappétence, un intestin très paresseux et qui après éprouva un certain malaise abdominal difficilement localisable.

Après une amélioration passagère sensible procurée par le repos et le régime alimentaire, surviennent brusquement des phénomènes douloureux, avec défense musculaire et température qui en imposaient par une crise appendiculaire. Le traitement médical voit s'amender tous ces phénomènes mais peu après la palpation abdominale révèle l'existence d'une tumeur relativement considérable siégeant dans la région ombilicale à droite de la ligne médiane.

L'intervention fait découvrir une tumeur légèrement adhérente au mésentère, pédiculée et fortement adhérente à la bande fibreuse moyenne du côlon transverse.

L'examen anatomique montre qu'il s'agit d'un myxosarcome.

La maladie récidive deux mois après l'intervention.

Une nouvelle tumeur se développe extrêmement rapidement et envahit tout l'abdomen.

La malade se cachectise très vite, sans jamais présenter d'ascite, et meurt environ six mois après l'intervention.

Dans ce cas comme dans celui opéré à Florence par le professeur Burci, les malades succombent à leur domicile et il fut impossible de pratiquer l'autopsie.

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC

Dans les différents cas de myxosarcomes que nous venons de relater, les tumeurs considérées avaient une localisation, une forme, une consistance, une origine différentes.

Dans les cas de Mac-Burney et Bergeret la tumeur siégeait dans le grêle.

Dans le cas de Giordano la tumeur siégeait dans le cæcum.

Dans le cas de Kauthac et Furniwall le siège était au cæcum et côlon ascendant.

Dans le dernier cas, la tumeur était pédiculée au côlon transverse.

Etant donné la rareté des cas observés il est difficile de conclure quant au siège de prédilection de ces tumeurs.

Les sarcomes qui ont avec les tumeurs qui nous occupent une assez étroite parenté siègent beaucoup plus fréquemment au niveau de l'intestin grêle que du côlon.

Pour les myxosarcomes comme du reste pour les tumeurs conjonctives en général il serait intéressant d'en établir d'une façon précise l'origine tant du

point de vue anatomo-pathologique que du point de vue clinique. Malheureusement cela est presque impossible pour ne pas dire totalement impossible parce que : la symptomatologie de ces tumeurs est en effet peu importante, presque nulle, en tout cas éminemment variable, l'évolution insidieuse et que ces tumeurs ne tombent sous l'observation médicale qu'à une période avancée de leur évolution — lorsqu'elles sont déjà d'un volume notable — et que dans la plupart des cas par leur infiltration diffuse on ne peut établir dans quel tissu siége l'origine de la tumeur.

Dans le cas de Mac-Burney on rapporte l'origine de la tumeur à la sous-muqueuse.

Fioravanti pour le cas qu'il a rapporté émet deux hypothèses : « 1° la tumeur est issue de la sous-séreuse ; 2° la tumeur est issue d'un diverticule épiploïque ne présentant que secondairement des rapports et de la diffusion dans les parois intestinales jusqu'à la tunique musculaire. Cette dernière hypothèse étant peut-être plus probable parce qu'elle explique la très rare infiltration néoplasique de la tunique musculaire elle-même, difficilement explicable avec une origine sous-séreuse. La tumeur ayant déjà atteint des dimensions notables.

Cliniquement même il serait important de connaître les origines diverses des tumeurs conjonctives de l'intestin parce qu'en rapport avec l'origine résident les modalités de leur accroissement, desquelles peuvent dépendre la présence ou l'absence, l'intensité peu ou très accusée des signes de sténose

(par obstruction, compression, torsion, plicature) et l'apparition ou non de complications graves.

Il est en tout cas nettement établi que ces tumeurs conjonctives (*myxosarcomes de l'intestin*) peuvent être causes de phénomènes sténosant.

Ce fait est confirmé par les cas rapportés par Kauthac et Furniwall, Giordano, Bergeret où les symptômes de sténose étaient typiques.

Ces phénomènes de sténose semblent en rapport intime avec le siège initial de la néoplasie et de ce dernier dépend l'orientation et l'accroissement de la tumeur.

La tunique musculaire de l'intestin est celle qui résiste le mieux à l'invasion néoplasique et représente une barrière robuste.

Conséquemment il est clair que les tumeurs issues de la sous-muqueuse trouveront plus facilement vers la lumière intestinale, place pour leur développement et qu'elles seront assez précocement cause directe de sténose, à moins que l'ulcération néoplasique ne marche de pair avec la néoformation. Logiquement le contraire doit se produire pour les tumeurs nées en dehors de la tunique musculaire : elles auront plus grande facilité et partant plus grande tendance à s'accroître excentriquement et ne seront par conséquent pas cause de sténose intrinsèque. Elles ne pourront l'être que très tardivement quand après invasion et destruction de la musculuse, l'infiltration néoplasique aura trouvé un chemin vers l'intestin.

D'autre part la sténose extrinsèque peut toujours survenir même dans les tumeurs à développement excentrique qui peuvent être cause de torsion de l'intestin, de compression ou même de plicature plus ou moins accentuée.

Rappelons en passant le mécanisme qui peut provoquer l'occlusion, cité par le professeur Lecène.

« Une tumeur développée sur un seul côté de l'intestin et au niveau du mésentère peut produire une sténose par coudure. »

Dans le cas relaté par Fioravanti et davantage encore dans le cas de notre observation personnelle, manquaient les conditions pour la réalisation d'une sténose intrinsèque, parce que la tumeur à cause de son développement excentrique d'une part et dans la cavité péritonéale d'autre part, n'avait nullement rétrécie la cavité intestinale.

Pas de sténose excentrique non plus dans ces deux cas. Dans celui de Fioravanti, à cause de la grande fixité et de la large base d'implantation de la tumeur. Dans le cas de notre observation : par suite de la grande mobilité de la tumeur pédiculée sur la bande fibreuse du côlon transverse.

Lorsque le développement de la néoplasie intestinale ne détermine pas de sténose (cas de M. Burney Fioravanti, Desmarest) et que par conséquent manquent les symptômes qui plus ou moins directement en sont la conséquence, la symptomatologie se réduit à bien peu de chose.

Dans ces trois différents cas on peut dire que tout

ou presque tout se réduit à la présence de la tumeur

Le peu de gêne et le peu de douleurs intermittentes et inégalement intenses ressenties en un point ou un autre de l'abdomen n'ont rien de caractéristique et partant ne peuvent avoir grosse importance par le diagnostic.

Les modifications dans l'état général des malades, l'affaiblissement, l'asthénie sont beaucoup en rapport avec la malignité de la tumeur et les symptômes d'occlusions. D'autre part quand la sténose manque ces signes sont tardifs, la nutrition s'opérant, au moins pour un certain temps, assez régulièrement et ils n'ont par conséquent pas une bien grande valeur diagnostique.

L'*ascite* apparaît en général très tardivement et quand elle existe, elle est signe de pronostic de gravité exceptionnelle parce qu'elle est en rapport avec la présence de métastases déterminant de la compression sur les gros vaisseaux de l'abdomen et aussi avec la généralisation péritonéale de la tumeur. Il semble que c'est à ces causes que l'on doive attribuer la formation de liquide ascitique, dans les cas de Kauthac et Furniwall et de Fioravanti.

Il n'y a pour ainsi dire pas de fièvre, tout au plus parfois un *état subfébrile* dit fièvre néoplasique et admise par les différents auteurs dans l'évolution de tumeurs malignes tant épithéliales que conjonctives et que l'on attribue à la résorption de produits toxiques élaborés par l'infection de la tumeur consécutive à l'ulcération de sa surface muqueuse. Mais comme

nous le disions plus haut il s'agit toujours, quand elle existe de fièvre peu élevée et non continue.

Sur les différents cas de myxosarcomes que nous rapportons, un seul, celui de Mac-Burney a présenté de l'élévation thermique. Il est logique de penser, étant donné le siège et la forme de la tumeur pédiculée dont il s'agissait, que l'élévation de température fut déterminée par des ulcérations de la muqueuse, ulcérations qui ont ouvert la voie à l'absorption de produits toxiques. Or l'on sait combien sont fréquentes ces ulcérations dans les tumeurs conjonctives malignes et qu'elles peuvent même être assez profondes pour intéresser toute la paroi intestinale et causer des perforations et péritonites généralisées (*cas rapportés par le professeur Lecène*).

Dans le cas que nous avons recueilli rien de semblable ne s'est produit. A un moment donné il y a eu une légère ascension thermique alors qu'il existait des phénomènes inflammatoires très nets : douleur et défense musculaire du flanc et de l'hypocondre droits — phénomènes en rapport avec une légère infection du péritoine, infection probablement d'origine transpariétale qui a si bien donné le change et en imposait pour une crise appendiculaire et dont les causes doivent être mécaniques.

Nous avons vu d'ailleurs que ces symptômes cédèrent rapidement au traitement médical.

On peut donc dire que la symptomatologie des myxosarcomes de l'intestin et plus largement des myxosarcomes de la cavité péritonéale est connue

pour les sarcomes en général presque toujours peu compliquée, très variable et souvent presque nulle. De là la raison de la grande difficulté de diagnostic et des erreurs fréquentes. On comprend comment ces erreurs sont presque inévitables lorsqu'il n'existe pas ou presque pas de troubles fonctionnels et quand la perception de la tumeur reste le seul symptôme de l'affection.

Les difficultés dépendent spécialement du fait que tous les organes contenus dans l'abdomen y compris l'intestin, peut être le point de départ de tumeurs à évolution semblable et à caractères cliniques parfaitement superposables.

En outre, s'agit-il d'une femme : les difficultés de diagnostic et parallèlement les causes d'erreur augmentent encore, parce que tout peut contribuer à une localisation erronée sur l'appareil génital. Dans le cas opéré par le professeur Burci à Florence alors qu'il y avait absence de troubles intestinaux la palpation révélait très bien une tumeur à siège très bas situé dans l'abdomen, surplombant la cavité pelvienne, et le toucher vaginal qui en révélait les particularités notamment l'irrégularité de surface, démontrait ses rapports avec l'utérus : tous les mouvements imprimés à cet organe se propageaient à la tumeur. En cette occurrence, avec un tel concours de circonstances il semblait plus logique de penser à des fibromes utérins plutôt qu'à une néoplasie intestinale, à des fibromes plutôt qu'à une tumeur

maligne à cause de l'absence de dépérissement et le mauvais état général.

Sur la table d'opération on eut la surprise de trouver une tumeur intestinale et par les adhérences nombreuses et solides avec l'utérus on trouvait la raison des renseignements fournis par l'examen génital.

L'absence de symptômes de sténose était attribuable comme nous l'avons montré plus haut au développement excentrique de la néoplasie, qui avait laissé intacte la lumière du tube intestinal.

Dans le premier cas en date, celui de M. Burney, pour des raisons analogues, l'erreur de diagnostic ne put être évitée. De plus les accès fébriles en imposèrent pour la possibilité d'un kyste suppurée de l'ovaire.

Dans le cas de notre maître Desmarest, où il s'agit d'une tumeur myxosarcomateuse de la cavité péritonéale, plutôt que d'une tumeur intestinale à proprement parler quoique la néoplasie fut nettement pédiculée au côlon transverse, les phénomènes inflammatoires firent penser à tout autre chose que la réalité. Cene fut que lorsque la tumeur eut pris un développement relativement considérable, après que s'amendèrent les phénomènes douloureux qui firent songer à une appendicite, que l'on put poser le diagnostic de tumeur, parce que celle-ci était alors accessible au doigt, nettement palpable et encore, alors que l'exérèse était décidée, ne savait-on de quoi il s'agissait, ne savait-on au juste sur quoi exactement l'exploration armée allait mener le chirurgien.

Des erreurs semblables à celles que nous signalions tout à l'heure pour les cas du professeur Burci et de Mac Burney, sont relatées par les auteurs dans des cas de simples sarcomes de l'intestin dont la symptomatologie est si semblable à celle des myxosarcomes.

D'une façon générale il faudra se rappeler toujours que les tumeurs myxosarcomateuses comme sarcomateuses d'ailleurs peuvent naître et croître sans une symptomatologie importante, même le plus souvent très fruste sans provoquer aucun phénomène de sténose intestinale.

Au contraire le diagnostic de tumeur intestinale s'imposera presque toujours ou en tous cas surgira à l'esprit lorsqu'avec la présence de tumeur il y aura obstacle au transit intestinal comme ce fut le cas pour les observations rapportées par Kauthac, Furniwall, Giordano, Bergeret.

Mais même dans ces cas, d'autres difficultés diagnostiques restent à résoudre et ce sont celles inhérentes à la nature même de la tumeur. S'agit-il d'un cancer ou d'une tumeur maligne conjonctive ? Or il est difficile de répondre avec certitude car il n'existe pas de symptômes propres caractéristiques de l'une et de l'autre forme morbide et il faut faire le diagnostic sur un ensemble de faits et de circonstances d'importance variable. Cela explique les surprises anatomo-pathologiques et histologiques.

Certains auteurs ont donné une grosse importance à l'âge comme critérium de diagnostic différentiel

entre le cancer et la tumeur conjonctive. Ces auteurs ont soutenu que l'âge adulte à partir de quarante ans est celui du cancer tandis que le jeune âge conviendrait aux tumeurs conjonctives. Or indépendamment du fait que les cas de tumeurs malignes épithéliales ne sont pas excessivement rares chez les jeunes de même les sarcomes sont fréquents chez les adultes. Pour la question qui nous occupe, celle des myxosarcomes, sur les 6 cas que nous rapportons un seul s'est développé chez un sujet jeune.

Le nombre de cas de myxosarcomes rapportés jusqu'à ce jour est par trop restreint aussi pour essayer de dégager l'influence du sexe.

De toute façon on peut dire dans l'état actuel de nos connaissances que le cancer est la tumeur intestinale par excellence, que la fréquence des tumeurs conjonctives est infiniment moindre, et que les tumeurs myxosarcomateuses doivent être considérées comme une rareté pathologique.

Toujours en vue d'un meilleur diagnostic clinique, on pourra tenir compte des dimensions de la tumeur. Mais encore faudra-t-il être très circonspect et ne pas accorder au volume du néoplasme une valeur diagnostique irréfutable.

Les myxosarcomes comme d'ailleurs les sarcomes en général ont tendance à s'accroître assez rapidement et à atteindre le volume d'une tête de fœtus et même souvent bien davantage, tandis qu'il est exceptionnel que le cancer dépasse un volume modeste, celui du poing par exemple.

Quant aux signes cliniques et en particulier pour les signes fonctionnels auront-ils une valeur précieuse pour le diagnostic différentiel. Bien entendu dans ce cas nous avons en vue, seuls les myxosarcomes d'origine sous-muqueuse et se développant autour ou en direction de la lumière de l'intestin. Or l'hémorragie intestinale, le mælena indiscutablement plus fréquents dans le cancer n'ont néanmoins rien de pathognomonique, car ils peuvent très bien exister au cours de l'évolution de tumeurs malignes conjonctives (sarcomes du grêle notamment). Reste à considérer l'altération de l'état général, l'asthémie, l'amaigrissement. On s'accorde à reconnaître le dépérissement d'une façon générale plus précoce et plus grave dans le cancer. Mais il ne manquera pas de se montrer assez rapidement dans le cas de tumeur conjonctive lorsque les phénomènes de sténose seront précoces et accentués. (Cas de K. et Furniwall.)

L'invagination qui trouve des conditions favorables à sa production dans les tumeurs conjonctives issues de la sous-muqueuse (cas de M. Burney) peut aussi se produire au cours de l'évolution des tumeurs épithéliales. Mais on ne peut guère lui accorder de valeur diagnostique, car elle est en général une trouvaille d'autopsie ou alors elle est trouvée sur la table d'opération avec grande surprise et personnellement nous fûmes témoin d'un tel cas, alors que nous aidions notre maître le professeur Desmarest.

Donc en résumé : jusqu'à un certain stade de l'évolution, pas de critérium pour le diagnostic différen-

tiel entre cancer d'une part, sarcome ou myxosarcome d'autre part.

Entre sarcome et myxosarcome, impossibilité absolue en fait d'établir une différence clinique.

Il peut s'agir, en dehors du cancer, du sarcome ou myxosarcome, d'une tumeur inflammatoire simple ou tuberculeuse, tumeurs se manifestant aussi bien au niveau de l'intestin grêle que du gros intestin, Il y a entre la tumeur conjonctive et la tumeur tuberculeuse une telle analogie de symptômes et d'évolution, que l'on doit renoncer à résoudre la question au point de vue clinique. L'examen anatomo-pathologique et histologique tranchera seul le différent. Le plus souvent, avec la pièce anatomique en main, on ne peut résoudre la question et seul le microscope permet de faire le diagnostic.

Presque toujours donc le chirurgien devra opérer sans diagnostic précis. L'examen de la pièce au laboratoire, fixera les idées.

Pronostic. — Le pronostic de ces tumeurs est sombre et même avec un premier succès opératoire il faudra s'attendre à une récurrence rapide et rapidement mortelle.

Peut-être le pronostic est-il d'une manière générale très assombri du fait que les troubles provoqués par cette affection sont peu accentués, intermittents, fugaces et que par suite les malades ne viennent se montrer que très tardivement au médecin.

Souvent la tumeur à développement extrêmement

rapide sera découverte quand on palpera l'abdomen à l'occasion d'autre chose.

Souvent aussi les malades perdent un temps précieux ne se décidant à l'intervention que lorsque la tumeur a pris des proportions considérables et alors qu'auront pu se propager de nombreuses métastases.

L'opération devient alors une tentative infructueuse, souvent même bien inutile. L'extension prise par la néoplasie, les adhérences nombreuses et fortes avec les organes voisins, rendent les résections nécessaires ; l'opération devient laborieuse, de longue durée et souvent ne sera pas bien ou pas du tout supportée par un malade en mauvaises conditions physiologiques.

Traitement. — Le traitement est essentiellement chirurgical. Résection de la tumeur, résection intestinale large. Faire sans crainte de larges exérèses, réséquer un segment intestinal franchement au-dessus et au-dessous de la partie néoplasiée.

Quand par suite des mauvaises conditions dans lesquelles se trouve le ou la malade, ou si en même temps que la néoplasie on trouve des signes assez accentués de sténose intestinale, il sera prudent d'opérer en deux temps :

Premier temps : entéro-anastomose pour supprimer l'obstacle produit par la sténose.

Ce fut la méthode adoptée par Giordano.

Si à la sténose a succédé une véritable occlusion, si l'état du patient ne permet pas de songer à la

possibilité d'une cure radicale comme ce fut le cas de K. et F., il faut faire d'urgence une déviation intestinale par entérostomie, sans que pour cela l'on renonce à la résection qui pourra être pratiquée ultérieurement — les conditions générales du malade le permettant.

Cette solution semble d'ailleurs devoir être rare et en matière de myxosarcome comme de sarcome en général l'occlusion pourra provenir aussi souvent des nombreuses et volumineuses métastases glandulaires et péritonéales, que de la néoplasie elle-même.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mac Burney, *Successful resection of small intestine for sarcoma with intussuception* (New-York Surgical Society, 22 janvier 1896. *Annals of Surgery*, Philad., 1896, XXIII, p. 441-442).

Le Dr Mac Burney présente une femme âgée de 40 ans qui entra à l'hôpital Roosevelt le 28 novembre 1895.

Le 6 novembre 1895, la malade ressentit pour la première fois une douleur aiguë, lancinante, dans l'abdomen et plus vive dans le bas-ventre, à gauche de la ligne médiane. Les douleurs se sont répétées, par accès presque tous les jours qui ont précédé l'admission de la malade à l'hôpital.

Sans nausées ni vomissements.

Pas de constipation mais fréquemment météorisme et sensibilité de l'abdomen à la pression.

A l'admission on nota des envies d'uriner fréquentes avec difficulté à vider la vessie. De la sensibilité à la pression sur la tête du côlon et en un point correspondant à gauche.

L'abdomen était mou et plat. Au toucher vaginal on sentait une tumeur volumineuse, très molle et lisse, dans la profondeur du bassin à gauche.

Température, le jour de l'admission : 99, 4 F. Pouls à 102. Un peu de fièvre ensuite tous les jours.

Le diagnostic de *kyste suppuré de l'ovaire* probable ayant été fait, on pratiqua le 4 décembre une laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Une incision de cinq pouces découvrit une tumeur lisse de 3 pouces $1\frac{1}{2}$ sur 2 qui fut facilement énucléée.

Cette tumeur siégeait entièrement dans l'intestin grêle et avait déterminé une invagination bien développée du bout proximal.

L'incision de la paroi intestinale découvrit la surface d'une tumeur ovoïde, s'exfoliant un peu à l'extrémité inférieure et *sortant nettement du tissu sous-muqueux*.

Le pédicule de la tumeur était assez grêle : il avait à peine un pouce $\frac{1}{4}$ de diamètre.

On pratiqua une résection de 6 à 7 pouces d'intestin comprenant la tumeur et l'invagination.

Entéroraphie circulaire au bouton de Murphy, suture et fermeture de l'incision sans drainage.

Le bouton fut éliminé le dix-huitième jour après l'opération. Guérison sans fièvre ni incident. Sortie de l'hôpital le trente et unième jour.

La tumeur examinée au laboratoire du Collège des Médecins et Chirurgiens fut reconnue être un myxosarcome.

Le Dr Mac-Burney ajoute que l'absence de constipation avant l'opération s'explique par la présence d'un étroit passage le long de la tumeur faisant communiquer les deux portions d'intestin, au-dessus de la tumeur et de la partie invaginée.

Note. — C'est le seul cas de myxosarcome rapporté par le professeur Lecène dans sa thèse : *Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle*. Paris 1904, p. 127.

OBSERVATION II

Kauthac et Furniwall, *Myosarcoma of colon*
(*British medical journal*, 21 nov. 1896, p. 1503.)

Il s'agit d'un *jeune homme de 17 ans*, à qui on pratiqua un anus lombaire, quelques mois avant sa mort, pour violentes douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, et *phénomènes d'occlusion intestinale*. Par la suite il se produisit de l'ascite et on pratiqua la paracenthèse plusieurs fois. Après la mort on trouva le côlon ascendant, le cæcum et 4 pouces de l'iléon occupés par une tumeur que les auteurs classent sous la rubrique de myxosarcome. Le péritoine était parsemé de tumeurs à aspect gélatineux semblables à la précédente. Les poumons, le foie étaient sains.

A l'examen histologique on constata deux éléments distincts dans la tumeur principale : du tissu réticulé et des éléments cellulaires. Les deux masses réticulées et cellulaires sont entourées de tissu fibreux et épais et présentent distinctement le type alvéolaire.

En certains points on peut observer les éléments réticulés seuls ou des cellules seulement. En d'autres points on suit le passage graduel de la forme cellulaire à la forme réticulée.

Cependant dans la tumeur principale les éléments réticulés sont en forte majorité.

Au Weigert le réseau réticulé est coloré en bleu comme la mucine tandis que les éléments mucoïdes ne se colorent pas.

Les noyaux secondaires présentent une transformation semblable de tissu sarcomateux en tissu myxomateux.

Note. — Les auteurs, dans leurs conclusions signalent l'impropriété du terme *cylindrome* qui embrasse diverses formes de tumeur, en particulier celle dont il est question.

OBSERVATION III

(Giordano, *Sopra un caso de occlusione intestinale da neoplasma del ceco curato colla ileosigmoidostomia ed amputazione secondaria dell'ansa ileo-cecale* — *Lesione fatta alla scala pratica di Medicina et chirurgia dello spedale di Venezia*, 2 febbraio 1899 (*Rivista Veneta di Scienze Med.*, 1899, XXI, 19-25).

M. S., 50 ans, Vénitien entre à l'hôpital le 5 décembre 1898 pour *occlusion intestinale*.

Le malade avait ressenti en septembre, *des douleurs dans l'abdomen*, accompagnées de *météorisme*. Les douleurs devinrent fréquentes et prolongées ; le météorisme permanent avec constipation et vomissements, malgré la diète hydrique les purgatifs et les lavements.

Amaigrissement considérable.

Le malade ne pesait que 46 kilos à l'entrée à l'hôpital.

Atrophie musculaire, coloration terreuse.

Diagnostic. — Occlusion lente de l'intestin probablement de nature maligne.

Opération d'après le procédé de Novaro.

La tumeur fut reconnue être une *néoplasie limitée au cæcum, entre la valvule* de Gerlach et celle de Bauhin.

La tumeur, non ulcérée, réduisait la cavité cæcale à un trajet tortueux présentant des parois infiltrées en certains points sur un espace de 4 centimètres.

A l'examen microscopique on trouve un tissu connectif blanchâtre à larges mailles gélatineuses avec intercalation de petites cellules rondes

On avait donc affaire à un *myxosarcome* du cæcum.

Revu cinq mois après, l'opéré présentait un excellent aspect, sans apparence de récurrence, ni de métastases.

OBSERVATION IV

(Fioravanti, *La Riforma Medica*, 1908, 3 août.)

Il s'agit d'une femme, âgée de 42 ans qui fut admise dans les salles payantes de la clinique chirurgicale de Florence le 23 mars 1906.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Dans les antécédents personnels, on ne note seulement que des affections de l'enfance, mais aucune maladie marquante. Réglée à 14 ans, régulièrement en qualité et en quantité. Mariée jeune à un homme sain. A eu trois grossesses avec accouchements normaux.

Depuis six mois environ a commencé de sentir quelques malaises causés par une légère mais continuelle gêne dans le quadrant inférieur de l'abdomen.

Dans les derniers temps la perte de l'appétit s'est accentuée en même temps que s'aggrave l'asthénie et que la malade s'amaigrissait. Pas de coliques, ni vomissements, ni mausées, ni constipation, ni diarrhée, pas de melæna.

Rien d'anormal au niveau de l'appareil urinaire.

La miction est toujours demeurée régulière tant en ce qui concerne la fréquence que la quantité ou la qualité des urines.

Du côté de l'appareil génital : rien.

Dans les derniers jours la malade s'est aperçue fortuitement de la présence d'une tuméfaction dure, non douloureuse à la pression et de volume assez notable occupant le quadrant inférieur gauche de l'abdomen.

Un médecin consulté pensa qu'il s'agissait d'un néoplasme. Sur ce diagnostic et l'état général de la malade s'aggravant, le médecin conseilla l'intervention. C'est dans ces conditions que la malade entra à la clinique le 23 mars 1906.

Etat actuel. — Dans le décubitus dorsal la malade n'accuse aucune sensation douloureuse en aucun point de l'abdomen. Pendant la marche : légère sensation de tiraillement à l'épigastre.

L'état général est satisfaisant : le pannicule adipeux n'est pas déficient et la peau comme les muqueuses sont rosées.

L'abdomen est météorisé, peut-être un peu plus bombé dans le quadrant inférieur gauche. La peau présente un aspect normal, sauf de nombreuses vergetures provenant des grossesses antérieures. Pas d'augmentation du réseau veineux sous-cutané.

A la palpation au niveau du quadrant inférieur gauche on trouve une tuméfaction à peu près du volume d'une tête de fœtus, de consistance uniforme, de surface irrégulière, accidentée par la présence de nombreuses protubérances dont quelques-unes sont même assez volumineuses. Elle semble assez fixe et immobile avec les mouvements respiratoires ainsi que dans les différentes positions qu'on fait prendre à la malade.

Elle semble plonger dans le petit bassin.

La palpation ne détermine aucune douleur ni de contraction intestinale visible.

A la percussion on note un son grave qui contraste avec le son tympanique de tout le reste de la surface abdominale. Les parties déclives de l'abdomen révèlent la présence de liquide ascitique libre.

Dans les régions iliaques pas plus qu'ailleurs on ne trouve de ganglions lymphatiques augmentés de volume.

Rien d'anormal au système cardio-pulmonaire. Le foie et la rate ont des dimensions normales.

Le toucher rectal ne donne rien de saillant. Le toucher vaginal au contraire montre, en rapport avec le cul-de-sac

antérieur et latéral gauche une tumeur de dimensions assez grosse de dureté uniforme et de superficie irrégulière. Elle suit les déplacements imprimés à l'utérus et réciproquement la palpation de la tumeur dans le quadrant inférieur gauche mobilise l'utérus.

Au moment de l'examen. θ : 36°6, pouls à 80.

Examen des urines. — Volume 1.200. Densité 1020. Réact. acide, urée 20 o/o. Albumine et sucre : négatif.

Pas de pigments biliaires ni d'urobiline.

D'après tous ces signes, l'évolution et les symptômes et plus encore par l'examen objectif et vaginal le diagnostic le plus naturel était qu'il s'agissait d'un fibrome de l'utérus à développement sous-muqueux. Ce diagnostic nous fait proposer une intervention chirurgicale qui est faite le 28 mars 1906.

Sous le sommeil morphine chloroforme, le professeur Burci fait la laparatomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine étant ouvert, apparaît une tumeur de surface irrégulière, parcourue par un réseau veineux assez développé. La tumeur était adhérente à l'utérus et à la trompe gauche. Il fut assez difficile de libérer ces adhérences et celles qui s'étaient produites, à la partie postérieure et profondément dans la fosse iliaque, avec le péritoine pariétal. Même l'épiploon en divers endroits était adhérent à la surface de la tumeur et l'on dut en réséquer divers fragments.

La tumeur libérée, on constata qu'elle se continuait à ses deux points extrêmes avec le côlon descendant et que la partie moyenne du côlon descendant prenait appui sur cette tumeur.

On enleva la tumeur en réséquant presque totalement la portion descendante du côlon. Pour être sûr de ne laisser que du tissu sain, on pratiqua l'entéro-anastomose au bouton de Murphy n° 4 et sur l'anastomose on fit une double suture de consolidation.

L'opération fut complétée par un tamponnement au Mikulicz.

Les suites opératoires furent parfaites : seulement quelques vomissements au cours des vingt heures qui suivirent l'intervention. Le pouls et la respiration se maintinrent bons, la température ne marqua 38 degrés que le deuxième jour de l'opération.

Le bouton fut enlevé le dixième jour et l'état de la malade s'améliora sensiblement au point qu'elle put quitter l'hôpital le vingt-cinquième jour qui suivit l'opération.

La santé parfaite ne durera que six mois environ. — La malade eut de nouveau un affaissement de l'état général, recommença à dépérir, l'asthénie réapparut, la perte de poids et aussi la gêne continuelle du côté gauche de l'abdomen. Des phénomènes de sténose intestinale apparurent bientôt et on nota la présence de diverses tumeurs assez volumineuses que l'on jugea être des métastases péritonéales et lymphatiques.

L'ascite apparut aussi et peu de temps après la patiente mourut au cours de phénomènes d'occlusion intestinale.

La malade étant morte chez elle, aucune recherche anatomo-pathologique ne fut possible.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur. — *Forme* globuleuse. Dimension d'une tête de fœtus à terme. Largement implantée sur la circonférence du côlon descendant, sur les trois quarts environ de cette circonférence.

Diamètre vertical maximum de 10 centimètres, surface irrégulière, nombreuses protubérances dont certains ont le volume d'une noix, parcourue de veines très sinueuses, En certains points quelques fragments de péritoine adhérents.

La consistance est uniformément charnue sans aucune trace de ramollissement en aucun point. A ses deux extrémités (supérieure et inférieure) la tumeur semble s'interrompre brusquement et l'on retrouve le côlon d'aspect tout à fait normal. Au niveau de la tumeur le côlon forme un V et adhère aux deux extrémités de la tumeur.

Une coupe sagittale de la tumeur dans toute son épaisseur montre une coloration gris rose uniforme sans aucune trace d'hémorragie ancienne ou récente, sans foyer de ramollissement ou de cavités kystiques. Le raclage de la tumeur donne un liquide sirupeux blanc rose assez abondant.

A la coupe de la tumeur on ne voit aucune différenciation des diverses épaisseurs de la paroi intestinale. Seule la muqueuse apparaît bien conservée, d'aspect normal et sans trace d'ulcération.

La lumière intestinale ne semble pas, du moins d'une façon notable, sténosée.

Pour l'examen histologique, on fixa par les fixateurs ordi-

naïres divers fragments de la tumeur pris en divers endroits de la masse néoplasique.

Le colorant employé fut l'emallumeosine Van Greson.

Les caractères histologiques sont ceux du myxosarcome.

Sur certaines coupes les éléments sarcomateux sont plus nombreux, dans d'autres ce sont les éléments myxomateux qui dominent.

Dans les premières il y a une abondance notable des éléments cellulaires, de petites dimensions à noyau en général très développé et à protoplasme cellulaire beaucoup plus rare. Leur forme est variée mais les cellules rondes prédominent. Les veines sont ovalaires, réunies en petits faisceaux. Les vaisseaux ne sont pas très abondants et ne présentent pas d'altération appréciable à leur endothélium. L'examen ne montre aucune trace d'hémorragie ancienne ou récente.

Sur les coupes où prédominent au contraire les formes myxomateuses il y a une notable augmentation des éléments cellulaires plus volumineux de forme étoilée, à protoplasma granuleux et des attaches filamenteuses intercellulaires nettes et distinctes.

Sur les coupes faites au voisinage de l'intestin la muqueuse est peu altérée, les glandes sont un peu dilatées et leurs cellules sont riches en sécrétion.

Entre les divers culs-de-sac glandulaires on note en certains points de rares foyers d'infiltration parvicellulaire.

La muscularis mucosæ est bien conservée et d'aspect tout à fait normal.

La sous-muqueuse est épaissie et présente une dilatation notable des vaisseaux qui pour la plupart sont remplis de sang, leurs parois sont épaissies et surtout autour des plus petits il y a une notable quantité d'éléments d'infiltration parvicellulaire. Absence de cellules néoplasiques. Le tissu propre de la sous-muqueuse est dissociée par l'infiltration oedémateuse.

La tunique musculaire n'est pas modifiée dans son épaisseur et dans la disposition de ses fibres circulaires.

Les fibres longitudinales sont peu altérées selon qu'elles sont comme dissociées en certains points, et que l'on y voit des faisceaux de fibres musculaires détachés, éloignés des groupes de cellules néoplasiques aux caractères précédemment décrits.

On ne retrouve pas trace de la sous-séreuse parce qu'à sa place il y a la néoplasie avec tous les caractères typiques du myxosarcome.

On voit en effet d'abondantes cellules rondes ou fuselées à gros noyaux et protoplasma granuleux avec les caractères des cellules sarcomateuses, intercalées de cellules étoilées, grandes, granuleuses ayant les caractères des cellules myxomateuses.

OBSERVATION V

Bergeret et Peyron, *Polype de l'intestin grêle à structure de myxosarcome* (Société anatomique de Paris, 27 avril 1918 ; *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1914-1919, 6^e série, t. XVI, p. 409-410).

Mme D..., âgée de 46 ans, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre et a des difficultés pour aller à la selle. Elle a toujours été constipée et depuis l'âge de 20 ans est obligée de prendre des laxatifs. En novembre 1917, elle éprouve pour la première fois de légères douleurs abdominales à type de coliques. Un jour elle rend un gros caillot de sang rouge violacé qui précède les matières. Vers le 15 décembre, après être restée quatre jours sans aller à la selle, elle est prise de coliques plus violentes. Les crises douloureuses sont courtes, durent dix minutes environ. Elles réapparaissent toutes les heures et s'accompagnent de gargouillements. La malade dit que son intestin est transformé en serpent. Le ventre est ballonné. Cette crise d'obstruction cède spontanément.

Pendant les derniers jours de décembre et pendant le mois de janvier, elle fait de nouveau des crises d'obstruction intestinale chaque fois plus pénibles et plus douloureuses. Le 3 février au cours d'une crise et à propos d'un repas trop abondant, elle vomit pour la première fois. Elle continue à vomir les jours suivants. Le 5, elle a un vomissement d'aspect et d'odeur fécaloïdes, son état s'aggrave dans les jours qui suivent.

Etat actuel le 9 février 1918. — La malade continue à vomir. Les vomissements ressemblent à de la purée de pois cassés. Ils ont une odeur fétide. Les crises douloureuses à

type de coliques reviennent à chaque instant. Elles s'accompagnent de gargouillements. La malade après une période de constipation absolue qui a duré plusieurs jours, a rendu la veille des matières moulées. Le ventre est légèrement saillant. Il est mat dans la partie inférieure de l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Il est sonore dans le reste de son étendue. La matité disparaît dans la fosse iliaque droite lorsqu'on fait coucher la malade sur le côté gauche, elle persiste plus étendue dans l'hypogastre.

On provoque du clapotement dans toute la région hypogastrique, dans la région ombilicale.

Ces explorations déterminent la production d'une grosse ondulation à très large diamètre qui occupe successivement presque toute la moitié inférieure de l'abdomen.

Sur le diagnostic d'obstruction par obstacle sur la terminaison du grêle, le professeur Hartmann l'opère.

Incision médiane sous-ombilicale : les anses grêles apparaissent dilatées, épaissies, rouge brun.

A partir du cœcum l'on remonte un iléon, grêle, petit, blanc, vide sur une longueur d'environ 50 centimètres. A ce moment l'aspect change : il existe une invagination que l'on ne peut réduire. On sent au niveau de la tête de l'invagination, à travers la paroi intestinale, une masse dure.

Incision longitudinale de l'intestin : on voit aussitôt une tumeur du volume des deux pouces réunis, recouverte à une extrémité d'exsudats grisâtres, sphacéliques, *dure au palper implantée par un large pédicule* sur la paroi latérale de l'intestin.

Section à ce niveau. Fermeture, par un surjet, de la surface cruentée.

Suture transversale de l'incision longitudinale en deux plans. L'invagination se réduit alors parfaitement. Fermeture de l'abdomen.

La malade, déjà très intoxiquée ne résiste pas au choc opératoire et meurt au bout de quarante huit heures.

Examen de la pièce. — Le polype ainsi enlevé a la forme et la taille d'une petite poire. Sa forme est régulière, sa surface est recouverte par une muqueuse intestinale d'aspect normal et sain, sauf au niveau du pôle libre où elle est altérée et en voie de sphacèle.

Sa consistance est ferme, sans être dure.

A la coupe, la surface de section est d'un blanc jaunâtre, remarquablement homogène. Pas de cavités dégénératives. Capsule fibreuse assez épaisse. A la périphérie de la pièce zone un peu plus vascularisée et rose. L'examen microscopique montre un tissu d'aspect homogène dans lequel les cavités vasculaires assez nombreuses, généralement allongées déterminent des sortes de champs plus ou moins irréguliers. Les cloisons conjonctivo-vasculaires ne sont du reste jamais complètes. Dans leur intervalle le tissu néoplasique d'aspect dense offre la structure d'un myxo-fibrome. Il n'existe pas de zone sarcomateuse pure. Il s'agit d'une néoplasie à édification très lente. Pièce présentée à la société comme myxosarcome.

OBSERVATION VI (Dr Desmarest)

Femme de quarante-deux ans.

Sans qu'il y ait de cause apparente, en août son intestin devient très paresseux, et elle commence à présenter de l'inappétence et quelques irradiations douloureuses abdominales.

Elle va à Luchon (eaux sulfureuses) pour soigner des douleurs rhumatoïdes et faire des inhalations pour pharyngite.

Vers le 8 septembre elle a ses règles comme d'habitude, avec dix jours d'avance. Le jour même elle va en auto et à la suite ressent pendant quatre ou cinq jours un malaise abdominal peu nettement localisé.

Elle rentre à Paris le 15 septembre mal à l'aise et doit se coucher pendant quelques jours. Le repos au lit dissipe le malaise ressenti.

Vers le début d'octobre, brusquement elle est prise de douleurs abdominales généralisées, s'accompagnant de défense musculaire de tout l'abdomen, avec prédominance légère à droite.

Le lendemain, tous les symptômes siègent à droite : douleur et défense musculaire du flanc et de l'hypocondre droits, avec température peu élevée : 37°, 8. Puls normal. Pas de vomissements. Glace sur le ventre. M. Desmarest appelé à ce

moment fait le diagnostic de crise appendiculaire. Diagnostic déjà posé par le D^r Mironche.

Pendant huit à dix jours, la malade est soumise à la diète hydrique, puis on commence une alimentation prudente vers la fin d'octobre.

Peu à peu sous l'influence de la glace les symptômes inflammatoires disparaissent et on sent alors une masse dont on trouvera plus loin la description.

Appareil génital. — Depuis dix ans, toujours réglée avec dix à quinze jours d'avance. Les règles durent quatre à cinq jours, légèrement abondantes, légèrement douloureuses au niveau de l'hypogastre et de la région lombaire.

Deux grossesses avec accouchements normaux.

Pas de fausse couche.

Appareil digestif. — Appétit médiocre, digère bien. Très constipée depuis deux ans mais grâce au sirop Gobey, va à la selle facilement.

Ni glaires, ni peaux, ni sang dans les selles.

Foie. — Aucun antécédent.

Appareil pulmonaire, appareil circulatoire. — Rien à signaler. Mx = 15. Mn = 9.

Appareil urinaire. — Urines clairs, jamais de couleurs. Parfois pollakiurie au moment des règles.

Palpation abdominale. — Facile grâce à une paroi médiocre : vergétures très développées dans tout l'abdomen, ventre flasque et étalé. Rien sauf la *tumeur* : arrondie, du volume d'une noix de coco, lisse, dure, légèrement douloureuse à la palpation. Elle siège complètement au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et à droite de la ligne médiane.

Cette tumeur est mobile facilement dans tous les sens, n'a pas le contact lombaire et est indépendante de la paroi abdominale antérieur.

23 novembre 1921. — La radiographie pratiquée par (Ledoux-Lebard) après insufflation et baryte indique une tumeur d'un gros volume, 15 à 20 centimètres de large sur 15 centimètres de hauteur.

Compte rendu opératoire, 25 novembre 1921. — Anesthésie au protoxyde d'azote, puis éther.

Incision pararectale droite, longue de 15 centimètres pour exploration.

On arrive sur une tumeur immédiatement sous-péritonéale, d'aspect et de teinte gris rougeâtre, paraissant ferme. On explore doucement la tumeur : on voit tout d'abord qu'elle est à distance du foie et du rein, que son pôle supérieur est libre, que son pôle inférieur ne paraît pas adhérent, on reconnaît cependant quelques petites adhérences avec le mésentère. Avec prudence on arrive très lentement à faire le tour de la tumeur : on a petit à petit la sensation que la tumeur se mobilise autour d'un pédicule qui est encore inaccessible à la palpation. On arrive à la mobiliser complètement, *elle est pédiculée* et adhère à la bande fibreuse moyenne du côlon transverse. On l'en décolle.

Quelques points de catgut superficiels pour capitonner l'intestin au niveau des adhérences.

Pas mal de sang dans le ventre, on trouve en effet deux points qui saignent sur le mésentère. Ligature.

Appendicectomie.

Fermeture de la paroi. Catgut péritonéal, soies sur les muscles, soies sur la peau.

Examen histologique

Renseignements cliniques. — Tumeur adhérente au côlon transverse jusqu'à la musculieuse.

Examen macroscopique. — Tumeur arrondie de la taille d'une tête d'enfant encapsulée par une coque conjonctive. A la coupe suintement abondant d'œdème. Plages uniformes de tissu gris rosé translucide, interrompues par des zones irrégulières jaune rougeâtre de nécrose graisseuse avec hémorragies.

Etude microscopique. — Tumeur composée de cellules conjonctives jeunes à type étoilé, largement dissociées par un œdème abondant; la tumeur est parcourue par une quantité considérable de vaisseaux adultes et par des capillaires très fins embryonnaires. Ça et là quelques noyaux un peu plus volumineux noirâtres.

L'aspect général se rapproche surtout du type mixoïde embryonnaire.

Tumeur étiquetée classiquement : *Myxosarcome*.

Suites opérations normales.

La malade rentre chez elle en apparence guérie. Après avis du Dr Ledoux-Lebard la radiothérapie est commencée.

Quelques semaines s'écoulent et l'abdomen commence à augmenter de volume. Une masse apparaît à gauche, déjà considérable quand elle est reconnue.

Cette masse présente les mêmes caractères que la tumeur primitive et se développe avec une très grande rapidité. La radiothérapie profonde ne donne aucun résultat.

En même temps l'état général commence à décliner ; la malade souffre de douleurs très vives dans tout l'abdomen, qui apparaissent par crises et nécessitent l'emploi de la morphine.

L'appétit qui était redevenu normal fait place à une inappétence progressive et après un certain temps surviennent à intervalles irréguliers des vomissements.

L'ingestion alimentaire réveille les crises douloureuses.

La situation reste stationnaire durant quelques semaines. La malade est profondément émaciée et la maigreur du buste rend encore plus considérable la saillie de l'abdomen qui est occupé tout entier par la masse néoplasique.

Celle-ci élargit en haut la base du thorax qui est immobile : aussi la respiration est-elle considérablement gênée. A certains moments surviennent de véritables crises d'étouffement que calme la morphine.

La tumeur, bosselée, est douloureuse en certains points, particulièrement dans la fosse iliaque gauche.

La matité est totale sur toute l'étendue de l'abdomen. La constipation est assez marquée sans cependant qu'à aucun moment on puisse craindre une crise d'occlusion intestinale.

Dans les deux derniers mois, un œdème des jambes qui va s'accroissant, apparaît en même temps que diminue la quantité des urines.

La cachexie progressive finit par triompher de la résistance organique, malgré toutes les tentatives de traitement : néolyse, vaccin Gremy et la mort survient dans le courant de juillet.

L'autopsie n'a pas pu être pratiquée, la malade ayant succombé à son domicile.

CONCLUSIONS

I. — Le myxosarcome intestinal est une affection extrêmement rare. Il peut intéresser le côlon et l'intestin grêle.

Au point de vue de sa situation, trois cas peuvent se présenter :

1° La tumeur se développe dans la lumière du tube digestif ;

2° La tumeur engaine l'intestin ;

3° La tumeur est pédiculée extérieurement et se développe dans la cavité péritonéale.

II. — Il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances d'expliquer l'origine de ces tumeurs.

III. — Le diagnostic est très difficile pour ne pas dire impossible avant l'intervention.

IV. — L'évolution du myxosarcome est rapide.

En moins d'un an le malade succombera, le plus souvent de cachexie néoplasique à moins qu'une complication ne vienne hâter le dénouement.

L'occlusion intestinale en posant l'indication opératoire pourra dans certains cas être un phénomène favorable en reculant l'échéance de la maladie, mais de bien peu.

V. — Le traitement est essentiellement chirurgical.

Les larges exérèses sont indiquées. Il faudra réséquer un segment d'intestin bien au-dessus et au-dessous de la tumeur.

S'abstenir dans les formes diffuses et chez les malades cachectiques tout au plus faire une entérotomie en cas d'occlusion, sous-anesthésie locale.

La radiothérapie profonde, la radiumthérapie pourront peut-être dans un avenir rapproché améliorer un pronostic éminemment sombre.

Actuellement, l'impossibilité du diagnostic vrai, le siège de la tumeur ne permettent pas de songer à ces méthodes. Dans le cas de notre observation personnelle, la radiothérapie n'a rien donné.

VI. — Pronostic très sombre du fait des difficultés d'intervention et surtout à cause de la récurrence à peu près inéluctable.

Vu : le Président de la thèse,
LECÈNE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Lecène.* — Thèse de Paris, 1904.
- Duplay-Reclus.* — Traité de Chirurgie, t. I, p. 427.
- Malherbe (Henri) et Malherbe (Albert).* — Recherches sur le sarcome. Paris, 1904, p. 191-194.
- Lecène.* — Précis de Pathologie, t. I.
- Mac Burney.* — Annuals of Surgery. Philad., 1896, XXIII, p. 441-442.
- Hauthack (A.-A.) et Furnival (P.).* — British Medical Journal, 21 nov. 1896, p. 1503.
- Giordano.* — Rivista Veneta di Scienze Med., 1899, XXXI, 19-15.
- Bergeret et Peyron.* — Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1914-1919, t. XVI, p. 409-410. Société anatomique de Paris, 27 avril 1918.
- Fioraventi.* — La Riforma Medica, 3 août 1908.
- Ameuille.* — Journal de Chirurgie. Paris, 1910, 742-743

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Définition. — Anatomie pathologique.....	9
Etiologie et Pathogénie.....	13
Historique.....	15
Symptômes. — Diagnostic.....	19
Observations.....	33
Conclusions.....	49
Bibliographie.....	51

